

УДК 159.923.2

**ТЕЛЕСНОСТЬ ЖЕНЩИНЫ В СВЯЗИ С РЕАЛИЗАЦИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ***К. Н. Белогай***FEMALE CORPORALITY IN CONNECTION WITH REPRODUCTIVE FUNCTION***K. N. Belogay*

*Статья написана при финансовой поддержке гранта Президента Российской Федерации, проект МК-2667.2012.6 «Телесность женщины в связи с материнством: психологический аспект».*

В статье рассматривается проблема исследования телесности женщины в связи с реализацией репродуктивной функции, дается краткая характеристика данного феномена на разных этапах репродуктивного цикла: в связи с беременностью, родами и лактацией.

The paper addresses the problem of female corporality in connection with the realization of reproductive function. The paper provides a brief description of this phenomenon at different stages of the reproductive cycle: pregnancy, childbirth and breast-feeding.

**Ключевые слова:** телесность, беременность, роды, лактация, репродуктивная функция.

**Keywords:** female corporality, pregnancy, childbirth, breast-feeding, reproductive function.

Сегодня принято считать, что телесность не вполне идентична телу, что она «шире» и «больше» тела и метафорически выражает психологические проблемы человека. В то же время, несмотря на современный уровень знаний о теле и психологии человека, сама сущность телесности до сих пор не вполне прояснена. Исследования телесности в психологии осуществляются, как правило, в аспекте психосоматики или становления гендерной идентичности.

Единство соматических и психических проблем достаточно подробно обсуждалось в рамках психоанализа. В рамках модели З. Фрейда было показано, что ущемленные эмоции порождают конверсионные симптомы; вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) прорываются, принимая ту или иную символическую форму [13]. В. Райх полагал, что ум и тело – нерасторжимое единство. В своей теории он рассматривал характер человека как постоянный, привычный паттерн защит. При этом характер создает защиты против беспокойства, которое вызывается в ребенке интенсивными сексуальными чувствами в сопровождении страха наказания. По мере того как «эгозащиты» становятся постоянными и автоматически действующими, они развиваются в черты характера или характерный панцирь. Каждое характерное отношение имеет соответствующую ему физическую позу, поэтому характер человека выражается в его теле в виде мышечной ригидности [16].

В последнее время телесность все чаще рассматривается в рамках культурно-исторического подхода. При изучении интрацепции, так же как и для других психических функций вводятся понятия «низшей психической функции» и «высшей психической функции». А. Ш. Тхостов рассматривает тело как универсальный зонд, которое должно осознаваться лишь на уровне своих границ, разделяющих мир и субъекта. В состоянии нормального функционирования тело как бы «прозрачно», оно не осознается и полностью подчинено субъекту. В случае соматического заболевания тело становится собственным объектом сознания.

Также тело становится собственным объектом сознания при освоении новых движений, при неспособности выполнить какие-либо действия, т. е. при столкновении с границами своих возможностей [18].

Д. А. Бескова понимает под телесностью феноменологическую реальность, представляющую собой сочетание биопсихосоциальных аспектов телесного бытия субъекта в физическом мире. По ее мнению, «телесность» имеет характер высшей психической функции и является феноменом не только восприятия, но и самосознания, формирующимся в совместной деятельности с другими людьми [4, с. 8 – 17].

Согласно И. М. Быховской, телесность предполагает различие трех пространств, в которых пребывает человеческое тело – природного, социального и культурного. Соответственно, можно выделить и описать природное, социальное и культурное тело [5, с. 19 – 27].

Т. С. Леви также считает необходимым рассматривать телесность в единстве онтогенетического и индивидуального, социокультурного и исторического развития, как «одухотворенное тело», составляющее индивидуально-психологическую и смысловую компоненты уникального человеческого существа [12].

Г. А. Арина отмечает, что в контексте культурно-исторического подхода уже с самого начала возникает возможность различения психосоматического феномена и психосоматического симптома. Психосоматический феномен не тождествен психосоматическому симптому, он является закономерным следствием социализации телесности человека, т. е. его психосоматического развития [2].

Особое место при исследовании телесности отводится проблеме развития телесности в ходе онтогенеза, то есть проблеме социализации телесности. В рамках культурно-исторического подхода социализация телесности подразумевает становление механизмов психологической регуляции телесных функций, действий и феноменов. Содержанием этого процесса является освоение знаково-символических форм регуляции, трансформирующей природно-заданные по-

требности (пить, есть и т. д.), телесные функции (дыхание, реакции боли), либо создающей новые психосоматические феномены (образ тела, образ боли, мочувствие). Характер психосоматического феномена является производным от психологических новозований, трансформируется в соответствии с логикой психического развития [14; с. 8 – 18; 18].

Первичный носитель психосоматического феномена – диада «мать-дитя». В совместно-разделенных телесных действиях матери и ребенка мать выполняет функцию означивания и наполнения смыслом витальных потребностей и телесных действий ребенка. Следующий этап развития телесных, психосоматических феноменов связан с организующей ролью системы значений уже на уровне репрезентации, на уровне символического манипулирования в плане представлений. Главным медиатором телесных действий становится вербализуемый образ тела, обретающий многообразие смысловых характеристик в контексте целостного «образа мира». Фундаментом существования осмысленных психосоматических феноменов является коммуникация с матерью. Этап абсолютного преобладания коммуникативного смысла телесных феноменов совпадает с периодом симбиотической привязанности ребенка и матери, и ограничивается во времени моментом возникновения у ребенка автономных, инструментальных, управляемых им самим телесных действий, манипуляций с собственным телом. С возрастом коммуникативный план телесности теряет свою актуальность, но не исчезает. Следующий этап развития психосоматических феноменов связан с включением в них гностических действий, обретающих самостоятельный смысл и преобразующих психосоматическую связь. Этот этап характеризуется интересом ребенка к собственному телу, поиском средств вербального и иного символического обозначения телесных событий. Феноменология телесности описывается уже не формулой «Я есть тело», а иначе: «У меня есть тело». В образе тела смысловая трансформация выдвигает на первый план функциональную ценность определенных частей тела и сопряженных с ними телесных актов. Данному этапу соответствует новый класс телесных действий – подражательные и имитирующие. Новый этап социализации телесности связан с возникновением рефлексивного плана сознания, способного трансформировать устоявшиеся и порождать новые смысловые системы. Разделение телесного и духовного Я делает тело и его феномены участником внутреннего диалога, порождающего новые жизненные смыслы [14].

Психосоматическое развитие продолжается и в периоде взрослости, реализует в себе накопленный психосоматический опыт, а также сложившиеся механизмы психологического опосредствования и регуляции телесности. В обычном состоянии человек не ощущает своего тела, отсутствие интрацептивных и проприоцептивных ощущений при этом является нормой. Тело замечается только в ситуации актуализации каких-либо потребностей, например, голода, жажды или в ситуации возникновения болевых ощущений.

Однако в период беременности, родов и в период лактации ситуация иная: отсутствие интрацептивных

и проприоцептивных ощущений у женщины в эти периоды является, скорее не нормативным. Проблема телесности женщины в последние годы активно обсуждается в рамках перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы. В плане реализации репродуктивной функции тело женщины выполняет разные задачи в процессе репродуктивного цикла: половое поведение, вынашивание беременности, роды, грудное вскармливание, осуществление контактов с ребенком. На каждом из этих этапов взаимоотношения женщины со своим телом могут быть разными. Это зависит от индивидуальной истории жизни женщины, ее семейной истории и онтогенеза ее репродуктивной сферы.

Период беременности, когда за короткий срок кардинально меняется социальная ситуация развития, представляет собой кризисный период в становлении женской идентичности. Е. Б. Айвазян отмечает, что развитие телесного и эмоционального опыта в период беременности происходит в структуре внутренней картины беременности – сложной многоуровневой иерархически организованной и динамически развивающейся системы, в становлении которой отражается смена социальной ситуации развития, связанная с наступлением беременности и которая включает феномены мотивационного, эмоционального, когнитивного и телесного опыта. Изменение объективной социальной позиции женщины в связи с будущим материнством может провоцировать развитие новой внутренней позиции – позиции матери. На этапе беременности содержание внутренней материнской позиции представлено ценностными ориентациями, представлениями и ожиданиями, связанными с ребенком и материнством, проектируемыми стратегиями взаимодействия с ребенком и его воспитания, паттернами эмоционального отношения к ребенку, материнству и себе в материнской роли. Особенности содержания, структуры и динамики внутренней картины беременности определяются, с одной стороны, способом эмоционально-смыслового опосредствования ситуации беременности в контексте будущего материнства, а с другой стороны, характеристиками социальной ситуации развития – социальными и медицинскими особенностями ситуации зачатия и вынашивания ребенка [1].

Г. Г. Филиппова также считает первую беременность критической точкой в развитии женской идентичности. Принятие в себе женственности напрямую связано с полноценным переживанием материнства и выполнением функций матери. Исследования взаимосвязи физического здоровья беременных и сформированности у них женской идентичности дали следующие результаты. У женщин с акушерской патологией обнаружено искажение полоролевой идентичности: усиление маскулинных качеств и ослабление женственности, отвержение собственной женственности. У женщин с соматической патологией беременности наблюдается нарушение женской идентичности по типу незрелости. По словам Г. Г. Филипповой, в обоих случаях есть конфликтное отношение между необходимостью стать матерью и иметь ребенка и возможностью это осуществить (объективной – психологической или физиологической готовностью, или

субъективной – мотивационная готовность, конфликт ценностей) [19].

Какие же факторы оказывают решающее значение на процесс формирования женской идентичности, в частности, на принятие женщиной своего тела?

Развитие телесности, как уже отмечалось, изначально происходит во взаимодействии ребенка и матери. Д. Пайнз отмечает, что осознание беременности и последующего материнства также зависит от отношений женщины с собственной матерью. Так, при положительных отношениях, у беременной женщины начинает формироваться образ ребенка. Другие женщины относятся к плоду как к части собственного тела. Беременность для них может быть бессознательным средством подтверждения женской сексуальной идентичности или зрелости, физической зрелости. Плод представлен в фантазиях, сновидениях или реальности не как ребенок, а, скорее как аспект плохого Собственного Я или как плохой внутренний объект, который следует изгнать. Это происходит вследствие негативно окрашенных отношений в детстве с матерью [15].

Опираясь на работы Д. Пайнз и собственные исследования, О. С. Васильева, Е. В. Могилевская указывают на то, что чувства матери влияют на развитие дочери поэтапно в процессе их взаимодействия, начиная с беременности матери и кончая пубертатным возрастом дочери. Если мать не получала удовлетворения от своего тела, а беременность доставляла ей лишь дискомфорт и страдание, то у дочери может проявиться не только депрессия и повышенная тревожность, но и физиологические осложнения беременности (токсикозы, угрозы выкидышей и другое). Если на этапе младенчества мать осуществляла полный контроль за ними в плане насильственного установления режима питания, сна, дефекации, не получала удовлетворения от телесного контакта с дочерью и не давала почувствовать его ребенку, то у дочери в последующем складывается весьма сложное отношение к собственному телу. В данном случае беременная озабочена отслеживанием различных медицинских параметров, не уверена в нормальности своего состояния, на вопрос о самочувствии не может дать ясного ответа. В пубертатный период необходимым условием дальнейшего развития становится отделение ребенка от матери и индивидуализация. Но на процесс нормального отделения и создания прочного образа собственного Я влияют отношения с матерью. Если мать не довольна собой как женщина, не способна принять свое взрослое тело и своего сексуального партнера, она старается сохранить симбиотическое единство с целью прожить в ребенке свою жизнь заново. Именно поэтому такая мать продолжает контролировать все телесные проявления дочери, особенно сексуальные, подавляя и наказывая каждый всплеск индивидуальности и самостоятельности. При таком развитии внутренний образ наказывающей матери способствует актуализации у беременной чувства вины за сексуальные отношения с партнером, приведшие к зачатию и, как следствие, к непринятию ребенка, как в период внутриутробного развития, так и в дальнейшем [6].

Осложненная беременность создает особую ситуацию развития женщины и формирования ее опыта, в том числе, телесного. Так, Е. Б. Айвазян отмечает, что осложнения, сопровождающие вынашивание беременности, отражаются в содержании всех уровней внутренней картины беременности. На эмоциональном уровне растет частота конфликтного эмоционального отношения к беременности, которое определяется ее особым личностным смыслом «болезни» и смещением фокуса значимости и тревоги с развития ребенка, собственных телесных, интрапсихических и социальных изменений на вынашивание беременности. Озабоченность успехом вынашивания ребенка усиливается на когнитивном уровне, а в структуре телесного опыта беременности отражается в усилении регуляторной роли негативных эмоций. В динамике внутренней картины беременности наблюдаются феномены «задержки» преобразования системы ценностных ориентаций и телесного опыта [1].

Н. В. Боровикова отмечает, что отсутствие преобразования Я-концепции женщины в период беременности следует считать неадекватным состоянием ее личностной организации. Характерологический портрет полноценно функционирующей женщины, зрелой матери включает следующие необходимые и достаточные черты: открытость опыту (включающую в себя телесную, эмоциональную и интуитивную рефлексию, внутренний опыт переживаний), бытие «здесь и теперь» (умение оценить настоящий момент), ответственную свободу (чувство свободной воли и контроля над жизнью), саморефлексию; творческую адаптивность, осознание собственной индивидуальности (уникальности существования, умение быть самой собой), социальную интегрированность, духовность [3].

Независимо от особенностей протекания беременности, у большинства женщин к третьему триместру беременности усиливается страх родов, а также конкретизируются аспекты неуверенности, некомпетентности. В начале беременности эти содержания связаны с поздними периодами развития ребенка, к концу беременности в основном с родовым и послеродовым периодами. К концу беременности состояние женщины изменяется. На возрастание тревожности оказывает влияние ожидание неблагоприятных событий в родах и после них. Наряду с возрастанием страхов родов, общей тревожности наблюдаются явное сужение интересов, акцентация на переживаниях и содержаниях любой деятельности, связанных с ребенком. Общее понижение всей активности к концу беременности затрагивает и эмоциональную сферу. В последние недели отмечается как бы эмоциональное оупение. Это защищает мать и ребенка от излишних стрессов, опасных в этот период, и вообще от лишних переживаний [19].

Если говорить о родовом процессе в связи с телесностью женщины, процесс родов и послеродовой деятельности матери требует высокого уровня ее физической, интеллектуальной и эмоциональной активности. Способность расслабляться между схватками обеспечивает сохранение сил, окончание болевых ощущений при потугах и выход ребенка – способность приступить к послеродовой обработке, эмоциональный подъем создает оптимальный фон для после-

родового запечатления и образования положительного отношения к ребенку. Кросскультурные исследования и данные об эффективности психологической подготовки к родам свидетельствуют, что переживание родов и, в частности, болей схваток зависит от психологического настроя женщины. От того, воспринимает ли она роды как «трудную творческую работу», «неизбежную муку» или «наказание» зависят ее собственные ощущения и успешность родов. Встречаются различные мнения по поводу того, какое отношение к родам принимать за «оптимальное». Однако, по мнению Г. Г. Филипповой, недостаточно исследований, в которых были бы проанализированы настрой женщины на определенное переживание родов, ее отношение к реальным родам и их связь с успешностью материнства [19].

При этом большинством исследователей признается, что наиболее оптимальным вариантом является отношение к родам, которое можно выразить формулой: «роды – трудная творческая работа». В этом случае женщина настроена на длительную, тяжелую работу, готова к переживанию боли, осознает, что в родах необходима ее активность, однако главным считает не сам процесс, а его результат – рождение ребенка. Именно этот вариант отношения к родам соответствует оптимальному типу переживания беременности, адекватному стилю материнского отношения и высокому уровню эмоционального благополучия ребенка. Такие роды обычно не сопровождаются серьезными осложнениями, хотя и не являются слишком легкими.

Л. И. Спивак и Д. Л. Спивак рассматривают такой феномен в процессе родов как «выход из тела». Феномен «выхода из тела» характеризуется субъективным ощущением «покидания» собственного тела и наблюдением за собой со стороны. Причинами развития такого синдрома могут быть различные этиологические факторы, но чаще он связан с условиями, требующими от человека максимального напряжения физиологических функций, выходящего за пределы физиологической нормы, т. е. с экстремальными условиями. Внимание исследователей привлек тот факт, что на эпизод «выхода из тела», имевший место при родах, стабильно указывало довольно значительное количество рожениц – около 9 % всех обследованных рожениц, на его появление в течение 3 – 4 дней после родов – около 5,5 %. Специальное исследование показало, что появление этого эпизода нельзя считать прямо связанным с применением психоактивных препаратов в качестве анестетиков, объема кровопотери в родах, степенью их тяжести, а также наличием психических заболеваний в анамнезе. Таким образом, «выход из тела» по мнению Л. И. Спивак, Д. Л. Спивак, должен рассматриваться как синдром психической деятельности при нормальных (физиологических) родах [17].

Очень сильной психической травмой, а значит, и ударом по самооценке женщины, могут стать выкидыш, рождение мертвого ребенка или рождение ребенка с генетическими пороками. С точки зрения некоторых женщин, все эти тяжелые события свидетельствуют об их неспособности справиться со своим природным предназначением – ролью матери. После

выкидыша или рождения мертвого ребенка женщине кажется, что с ее телом что-то не в порядке, если она не может выносить здорового ребенка. Возникающие на этом основании проблемы с самооценкой женщины нередко обуславливают сексуальную дисфункцию и иные осложнения в супружеской жизни. Стоит отметить, что помимо снижения самооценки женщины, значительно меняется и характер женщины – спокойствие сменяется раздражительностью, рассеянностью, агрессией, а иногда приступами паники.

О. С. Васильева, Е. В. Могилевская считают, что отношение к себе (и в частности как очень важный аспект самоотношения отношение к собственному телу), к отцу ребенка, к вынашиваемому ребенку более всего влияют на протекание беременности, родов, эмоциональное состояние женщины и благополучие ребенка. У женщин, на протяжении всей беременности которых сохраняется позитивное отношение к выделенным субъектам и высокая их оценка, беременность и роды протекают без осложнений, не наблюдается послеродовой депрессии, в послеродовой период эти женщины довольно легко принимают на себя роль заботливой, любящей, понимающей матери [6]. В тех случаях, когда наблюдается отрицательная динамика этих видов отношений (например, собственное тело оценивается как становящееся все более безобразным, больным), течение беременности и родов осложняется, в послеродовой период наблюдаются трудности в установлении контакта с ребенком и низкая мотивация самой заботиться о нем. Многие женщины переживают о том, каким образом такой большой ребенок проходит через такое узкое вагинальное отверстие, и подразумевание тазовой неполноценности может усиливать личные страхи, которые оказывают воздействие на течение родов.

Таким образом, отношение женщины к процессу родов определяется двумя факторами: особенностями протекания беременности и принятием своего тела. Субъективное ощущение неспособности своего тела рожать детей негативно сказывается на характере родов.

Следующий (вслед за родами) период в репродуктивном цикле – период грудного вскармливания. Кормление грудью имеет особое значение в формировании раннего диалога между матерью и ребенком. В ситуации кормления грудью частично восстанавливается единение физических границ матери и ребенка, так как при этом некоторым образом имитируется то, что происходило во время внутриутробного периода, и у ребенка снижается сепарационная (базальная) тревога. И это не менее важная задача грудного вскармливания, чем насыщение ребенка. Вот почему Д. Винникотт утверждал, что самое главное в кормлении не кормление [8]. Когда мать и младенец соединяются в ситуации кормления, происходит инициация человеческих отношений, формируется модель отношений ребенка к объектам окружения и к миру в целом. Многие современные авторы особое внимание уделяют необходимости обучения матери взаимодействию с ребенком в ситуации кормления грудью [10].

В традиционных практиках прикладывание к груди является естественным и закономерным этапом послеродового процесса. В настоящее время контакт

матери с ребенком сразу после родов и прикладывание к груди также признаны необходимыми, но еще не везде применяются. Значение послеродового кормления для ребенка достаточно ясно: это наилучшие условия для восстановления эмоционального комфорта, освоения новых стимулов от матери, удовлетворения и развития сосательного рефлекса, активизации всех процессов жизнедеятельности. Меньше всего первые кормления связаны с удовлетворением пищевой потребности. Небольшое количество молозива необходимо главным образом для поддержания иммунной системы ребенка. Для матери первые кормления грудью также выполняют несколько функций. Стимуляция грудных желез способствует выработке молока, сокращению матки после родов, стимуляции физиологических и эмоциональных состояний, способствующих образованию психологической взаимосвязи с ребенком. Впоследствии отхождение молока в процессе кормления сопровождается образованием пролактина и окситоцина, которые стимулируют сокращения матки и выработку эндорфинов, которые в свою очередь способствуют переживанию матерью удовольствия от акта кормления. Это рассматривается как гормональное обеспечение возникновения и упрочения эмоциональной взаимосвязи матери с ребенком.

Соматические ощущения при кормлении сходны с таковыми при оргазме, но менее интенсивны и почти не захватывают наружных половых органов. Продолжение стимуляции эрогенных зон только сокращениями матки без распространения возбуждения на область клитора и влагалища, при общем переживании состояния наслаждения («экстаз кормления») имеют сложную основу. Осложнения с кормлением после родов чаще всего ведут к ограничению грудного вскармливания и его преждевременному прерыванию. Возникновение полноценного переживания кормления происходит далеко не всегда. Возможно успешное кормление ребенка до конца первого года без каких-либо переживаний, подобных «экстазу кормления». По отчетам матерей, такое состояние чаще всего сочетается с игнорирующим стилем переживания беременности и соответствующим отношением к ребенку в дальнейшем (разной степени выраженности). Полноценные переживания при кормлении наиболее характерны для гармоничных взаимодействий матери с ребенком, предыдущим адекватным стилем переживания беременности, адекватным и близкими к нему стилями эмоционального сопровождения матери и устойчивой эмоциональной ценностью ребенка. Но и у них могут быть отдельные кормления без выраженных субъективных переживаний. Для возникновения таких ощущений необходим психологический настрой матери на кормление, отношение к нему как эмоционально-насыщенному, интимному взаимодействию с ребенком. Такое отношение возникает у матери не само по себе, а в сочетании физиологического обеспечения, содержания ее материнской сферы и условий родов и послеродового периода. Разумеется, большое значение имеет непосредственная ситуация кормления [19].

Г. Г. Филиппова также указывает на то, что переживания взрослых от взаимодействия с ребенком

ценны сами по себе. Такие переживания можно получить как в непосредственном взаимодействии, так и в процессе ухода, кормления и т. п. Отсутствие у матери переживания этого удовольствия при взаимодействии с ребенком описывается как «кормление без любви» у Д. Винникотта [8], как эмоционально-обедненное поведение матери, холодное, неземпатийное взаимодействие. Удовольствие матери от самого присутствия ребенка, контакта с его телом, проявлений его активности обеспечивает ее эмоциональную реакцию на каждое движение его тела и лица и наполняет эмоциями все ее действия, определяет стиль ее прикосновений к ребенку, а также ориентацию на результаты собственных действий и их оценку. Отвлечение матери от непосредственного переживания контакта с ребенком может иметь разные причины: особенности ребенка, провоцирующие ее тревогу, неудовольствие (признаки патологии, неадекватность младенческой стимуляции), особенности ситуации, в первую очередь семейной, особенности самой матери (ее психическое здоровье, личностные качества и особенности развития материнской сферы) [19].

Показано, что различные проблемы, возникающие в послеродовом периоде, в том числе, оказывающие влияние на грудное вскармливание, могут быть связаны с искажениями образа тела. Например, в своем исследовании А. Н. Васина и В. В. Николаева установили, что для женщин с лактационными маститами характерно искажение образа тела в виде выраженного акцентирования грудного отдела и отсутствие формирующегося еще в детстве позитивного отношения к своему телу. По данным исследования, телесный опыт женщин с лактационными маститами характеризуется определенными особенностями по сравнению с женщинами с нормальным протеканием послеродового периода. Выявленные особенности телесного опыта характерны как для всей группы женщин с маститами, так и для женщин с маститами в отсутствие физиологических факторов возникновения данного заболевания, что подтверждает наличие значимой роли телесного опыта как психологического фактора возникновения маститов [7].

Подводя итоги проведенного обзора исследований телесности женщины в связи с реализацией репродуктивной функции, отметим, что в современной психологии проблема соотношения души и тела рассматривается в контексте феномена телесности. В психосоматике описывается проявление в телесности различных механизмов защит, последствий стресса. С позиции культурно-исторической теории телесность выступает как структурная единица самосознания, формирующаяся в процессе социализации. Если восприятие своего тела у женщины негативно, то это, как правило, отрицательно сказывается на ее репродуктивном поведении в целом. Исследования показывают, что женщины, негативно относящиеся к своему телу, неудовлетворенные им, испытывают разного рода трудности в процессе вынашивания беременности, у них более выражен страх перед родами. Также страх изменения тела негативно сказывается на процессе грудного вскармливания.

### Литература

1. Айвазян, Е. Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности: дис. ... канд. психол. наук / Е. Б. Айвазян. – М., 2005. – 321 с.
2. Арина, Г. А. Психосоматический симптом как феномен культуры / Г. А. Арина. – Режим доступа: <http://www.gestaltlife.ru/publications/13/view/115>
3. Боровикова, Н. В. Условия и факторы продуктивного развития Я-концепции беременной женщины: дис. ... канд. психол. наук / Н. В. Боровикова. – М., 1998. – 301 с.
4. Бескова, И. А. Пространство телесности: человек в мире и мир в человеке / И. А. Бескова // Психология и психотехника. – 2009. – № 4.
5. Быховская, И. М. Физическая культура как практическая аксиология человеческого тела: методологические основания анализа проблемы / И. М. Быховская // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 1996. – № 2.
6. Васильева, О. С. Социально-психологические аспекты перинатальной психологии и психологии беременности / О. С. Васильева, Е. В. Могилевская. – Режим доступа: <http://read.rostovmama.ru/articles/11>
7. Васина, А. Н. Психологические особенности телесного опыта женщин с маститами в послеродовом периоде / А. Н. Васина, В. В. Николаева // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2011. – № 5(19). – Режим доступа: <http://psystudy.ru>
8. Винникотт, Д. В. Маленькие дети и их матери / Д. В. Винникотт; пер. с англ. – М.: Класс, 1998.
9. Григорьева, Е. С. Роль личностных особенностей женщины в возникновении патологии беременности (обзор современных исследований) / Е. С. Григорьева // Психология телесности: теоретические и практические исследования. – С. 177 – 185.
10. Грудное вскармливание и психологическое единство «Мать и дитя» / Е. М. Фатеева, Ж. В. Цареградская: учебное пособие для мед. персонала учреждений родовспоможения и детства. – М.: Агар, 2000. – 183 с.
11. Добряков, И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. – СПб.: Питер, 2010. – 234 с.
12. Зинченко, В. П. Психология телесности между душой и телом / В. П. Зинченко, Т. С. Леви. – М.: Аст, 2007. – 732 с.
13. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
14. Николаева, В. В. От традиционной психосоматики к психологии телесности / В. В. Николаева, Г. А. Арина // Вестник МГУ. – 1996. – № 6. – (Серия: Психология).
15. Пайнз, Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / Д. Пайнз. – СПб.: Речь, 1997.
16. Райх, В. Анализ личности / В. Райх. – М.: СПб., 1999. – 333 с.
17. Спивак, Л. И. Феномен выхода из тела / Л. И. Спивак, Д. Л. Спивак. – Режим доступа: <http://sites.google.com/site/isspivak/Home/materials/spivak-1998-outofbodyexperience>
18. Тхостов, А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
19. Филиппова, Г. Г. Психология материнства: учебное пособие / Г. Г. Филиппова. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 240 с.

### Информация об авторе:

**Белогай Ксения Николаевна** – кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии и психологии развития КемГУ, 8 (3842) 588192, [belogi@mail.ru](mailto:belogi@mail.ru).

**Kseniya N. Belogay** – Candidate of Psychology, Assistant Professor at the Department of General and Developmental Psychology, Kemerovo State University.